



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

81 | 2010
81

Regard sur la réforme des soins de santé mentale en Espagne et au Pays basque

Maria José Valderrama

Traducteur : Iñaki Tapia



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1125>
ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 7 juillet 2010
ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Maria José Valderrama, « Regard sur la réforme des soins de santé mentale en Espagne et au Pays basque », *Bulletin Amades* [En ligne], 81 | 2010, mis en ligne le 07 juillet 2011, consulté le 30 avril 2019.
URL : <http://journals.openedition.org/amades/1125>

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

© Tous droits réservés

Regard sur la réforme des soins de santé mentale en Espagne et au Pays basque

Maria José Valderrama

Traduction : Iñaki Tapia

- 1 La sanction et le stigmat ont été les éternelles compagnes des personnes atteintes de maladies mentales. La marginalisation de celui qui est différent est une réponse humaine habituelle ; le « fou », en tant qu'égal et différent en même temps, provoque des réponses de méfiance et de rejet. Le discours général de l'anthropologie médicale au sujet de la maladie mentale grave (en référence explicite à la psychose) s'oriente beaucoup vers des questions qui concernent le stigmat (Goffman, 1980[1]). À travers l'histoire et jusqu'à aujourd'hui, le stigmat a socialement caractérisé les personnes atteintes de maladies mentales graves, tout en marginalisant ceux qui en souffrent / les subissent (Szasz, 1976 [2], 1976[3]). Bien qu'il s'agisse d'une réalité parfaitement connue, il n'en reste pas moins nécessaire d'essayer, d'une part, de mettre en évidence les racines du stigmat et de la marginalisation qui marquent encore ce collectif ; et d'autre part de s'interroger sur les causes favorisant leur perpétuation ainsi que sur les raisons pour lesquelles il est si difficile de dépasser, faire disparaître ou au moins mitiger leurs effets défavorables. En effet, situation bien connue, les personnes atteintes de maladies mentales graves sont surreprésentées dans les collectifs marginalisés.

L'HISTOIRE

- 2 En partant de la naissance de la psychiatrie, Kraepelin au XIX^{ème} siècle développa un modèle explicatif des maladies mentales qui s'appuie sur le modèle biomédical, c'est-à-dire sur l'organicisme ; néanmoins, en 1920, Kraepelin renonça à sa thèse sur la spécificité des entités psychiatriques, mais personne ne s'en souvient. On commençait déjà à penser que la clinique débordait les limites étroites de la neuropathologie ¹. Pendant les années 1950, la découverte des neuroleptiques introduisit d'importantes améliorations dans les méthodes de traitement d'une partie considérable de la symptomatologie : les symptômes

positifs ; ceux que l'on appelle négatifs sont encore le cheval de bataille de la prise en charge dans le domaine de la santé mentale, puisque leurs conséquences conditionnent fortement la vie personnelle et la vie en commun ². Par ailleurs, le développement des manuels de diagnostic (la Classification internationale des maladies — CIM — et le *Diagnostic and Statistical Manual* — DSM — dans ses éditions successives), bien qu'ayant permis une unification du langage, s'est répercuté exclusivement sur le symptôme et sa classification en tant qu'élément du diagnostic, tout en faisant abstraction de la réflexion théorico-conceptuelle ³, empêchant toute référence au sujet et renforçant par là le modèle biomédical ⁴. Quoique la recherche en neurosciences (biochimie et neurologie) porte toujours ses fruits (notamment sur les avancées concernant la médication en augmentant son efficacité et diminuant ses effets secondaires), les interrogations sur les causes de la psychose et sur son éventuel organicisme comme seule explication, restent en suspens. Dans ce sens, j'adhère à l'approche de Martínez (1998)[5] lorsqu'il affirme qu'on surestime les effets positifs de la médication sur les symptômes positifs de la schizophrénie ainsi que les causes organiques — défaillance ou lésion — qui leur sont imputées. L'importance du contexte et la nécessité d'une approche psychosociale sont évidemment exclues aussi bien du modèle biomédical que des manuels de diagnostic. Et dans ce sens, nous devons aller plus loin, puisque le contexte peut difficilement être compris sans le sujet, sans le protagoniste des événements vitaux que sont les expériences de santé-maladie et le contexte où elles ont été vécues, sans tenir compte de leur subjectivité. Bien que la psychiatrie se soit parfois rapprochée des sciences humaines comme l'anthropologie, la psychologie ou la psychanalyse, elle n'a jamais renié sa caractéristique fondamentale : le biologicisme.

L'AUTRE MODÈLE EXPLICATIF

- 3 Maintenant, je veux faire référence à un autre courant théorique / de pensée qui a été dans notre contexte majoritairement marginalisé dans la compréhension, l'approche et la thérapeutique de la maladie mentale, même s'il a vu le jour à la même époque (fin du XIX^{ème} siècle) que la psychiatrie. Il s'agit de la psychanalyse en tant que proposition pour comprendre et expliquer le comportement humain, normal et pathologique. Elle apparaît à la même époque où Kraepelin a élaboré son modèle explicatif de la maladie mentale mais, à la différence de ce dernier, la psychanalyse dans sa pratique clinique met au premier plan le sujet, son histoire, les événements particuliers de sa vie et sa manière particulière de les vivre, de les mener et de les interpréter. En d'autres termes, elle prend en considération la subjectivité ; c'est pour cette raison que la psychopathologie qui s'appuie sur le modèle psychodynamique concède une importance capitale aux questions telles que la demande ⁵ et l'anamnèse comme éléments clés pour le diagnostic et / ou le processus thérapeutique ⁶. Elles facilitent en effet l'élaboration du récit de vie de la personne en consultation, le recueillant à partir de sa subjectivité et de la signification que chaque individu attribue aux différents événements de son expérience vitale.
- 4 Cependant, dans le contexte de la société espagnole contemporaine comme dans celui de nombreux pays occidentaux, la prise en charge des malades mentaux a été détournée vers d'autres chemins et a marginalisé (voire ridiculisé et exclu) l'approche de la maladie mentale à partir d'une psychopathologie d'orientation psychodynamique. D'après Martínez (*op. cit.*), la pratique psychiatrique qui consiste à traiter exclusivement le symptôme à l'aide de médicaments, faisant abstraction de tout questionnement sur ses

causes, a trop fréquemment provoqué l'attribution d'un caractère pathologique à des comportements et des réponses qui auraient pu être considérés comme adaptés dans les contextes culturels qui les ont générés. Hors contexte, ils sont non seulement dépourvus de sens pour l'observateur — ici le clinicien (psychiatre) — mais ils risquent d'être considérés comme pathologiques. La connaissance du contexte culturel et du vécu personnel contribuent à mettre en évidence un univers de significations plus large où un comportement particulier n'est pas nécessairement pathologique, même s'il est inattendu pour celui qui l'évalue. De là, la nécessaire délimitation entre le pathologique et le différent et la mise en valeur des interprétations culturelles qui aident à avoir une compréhension et une approche contextuelles de ce type de troubles (s'ils venaient à se manifester). Il existe une grande différence entre une intervention visant à « boucher » la demande (quelle qu'elle soit et d'où qu'elle vienne ⁷) dirigeant le traitement (pharmacologique) vers la disparition du symptôme (ou de ce qui a été interprété et diagnostiqué comme tel) et, au contraire, l'intervention visant à accompagner le sujet dans l'accès à son savoir, à ses signifiés (dans la mesure du possible) ⁸ et parallèlement à la connaissance des ressources socioculturelles et personnelles qui l'aident à affronter et résoudre la situation à l'origine du trouble.

- 5 En résumé, l'approche psychodynamique essaie de valoriser l'expérience, le savoir et la parole de celui qui les éprouve et, pour y arriver, il s'avère indispensable d'écouter et de récupérer le contexte et surtout le sujet comme protagoniste de son expérience, de son histoire de santé et de maladie. Cette manière de se rapprocher du sujet, du contexte et de son vécu apportera une autre information qui devra permettre de délimiter et de préciser ce qui concerne les comportements culturellement déterminés de ceux qui ont à voir avec la pathologie ; parce que, qu'on le veuille ou non, la maladie mentale existe et ceux qui en souffrent ont besoin aussi de soins professionnels.
- 6 Si l'on revient à l'approche de la maladie mentale, nous pouvons dire que ce qui a été l'un des piliers sur lesquels la Réforme Psychiatrique a été bâtie, c'est à dire rendre sa dignité aux personnes atteintes d'une maladie mentale, est quelque chose qui reste toujours à construire dans notre société et dans notre système de prise en charge en santé mentale. Les professionnels, par manque de temps et de formation pour réaliser dans des bonnes conditions une approche psychothérapeutique, se sont axés ou recentrés majoritairement sur la pharmacothérapie. Les psychothérapies nécessitent plus de temps, une plus grande fréquence des consultations, une formation complémentaire et supposent de considérer la personne malade comme sujet actif du processus thérapeutique. Cet autre modèle de prise en charge est plus coûteux, en temps et en formation, et ce type de formation n'intéresse pas les multinationales pharmaceutiques ⁹.

LA RÉFORME PSYCHIATRIQUE

- 7 Concernant l'approche de la maladie mentale grave, si nous passons rapidement en revue ce que l'on appelle la Réforme Psychiatrique en Espagne en général et au Pays basque en particulier, nous constatons qu'elle est arrivée en retard par rapport à ce qui s'est passé en Europe (avec un retard d'environ 15 ans). Dans notre petit pays, elle a été menée par Julián de Ajuriaguerra ¹⁰ qui en a jeté les fondements théoriques au début des années 1980. Elle peut être résumée de la manière suivante :

- abandonner l'accent mis jusqu'alors sur les institutions telles que les hôpitaux et les asiles d'aliénés, pour déplacer le centre d'attention de ces services vers la communauté et obtenir

ainsi des services mieux adaptés aux besoins de celle-ci ; quand elles seraient nécessaires, les hospitalisations devraient être les plus courtes possible, préférablement transitoires et partielles ;

- développer les services extrahospitaliers (ambulatoires, hôpitaux de jour, visites à domicile, services de réhabilitation extrahospitaliers, etc.) pour le diagnostic et le traitement précoce, préférablement ambulatoire, des troubles psychiques ;
- intégrer tous les services psychiatriques entre eux, cherchant l'accessibilité et la continuité des soins (concept de réseau accessible de prise en charge) ;
- intégrer les services de santé mentale avec les autres services de santé ;
- développer les services spécialisés (Psychiatrie infantile, Services pour toxicomanes) ;
- création d'équipes multidisciplinaires qui rendraient possible le développement d'un type de prise en charge englobant autant les aspects psychiques que les aspects sociaux, familiaux et professionnels.

- 8 Vingt-cinq ans après, la situation n'est pas très encourageante : les asiles d'aliénés n'ont pas été fermés, ils ont seulement changé de nom, aujourd'hui nous les appelons hôpitaux psychiatriques ; bien que l'on ait réussi à faire sortir de derrière leurs murs quelques malades chroniques et à éviter l'enfermement de beaucoup d'autres — les plus jeunes —, cela n'a été possible que grâce à l'effort de leurs familles qui ont assumé de s'en occuper dans des conditions très précaires : faibles ressources, manque de reconnaissance de leur rôle et d'appui sociosanitaire pour le mener à bien dans de bonnes conditions. Le développement des institutions intermédiaires, indispensable pour rendre possible une prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de maladies mentales graves, a été aussi très précaire. Les Centres de Santé Mentale se trouvent paralysés depuis leur création, ils accueillent presque exclusivement les cas graves ; les pathologies légères sont soignées par les médecins généralistes ¹¹. Le modèle autour duquel s'organise la prise en charge dans les Centres de Santé Mentale est essentiellement biomédical, favorisé et renforcé par la saturation des consultations. Conséquence logique, l'augmentation de la demande est corrélée à la diminution du temps des consultations et donc à une plus grande difficulté à diriger la prise en charge vers l'écoute et vers la personne — laquelle va s'estomper dans le cadre d'une prise en charge orientée vers le symptôme.
- 9 Le panorama actuel de la prise en charge se trouve très éloigné de la sectorisation française sur laquelle s'est étayée notre réforme. Cela est dû à l'abandon implicite de l'approche multidisciplinaire de ses débuts, à la progressive disparition des approches psychothérapeutiques (impossibles étant donné la pénurie de personnel et la réduction du temps des consultations), à l'accroissement des traitements exclusivement pharmacologiques et à une diminution des professionnels non psychiatres. Cet abandon par rapport aux objectifs de départ, est probablement lié à l'évolution des données statistiques qui montrent une augmentation des psychoses diagnostiquées et la disparition des névroses des consultations publiques (seules données à apparaître dans les statistiques), écartées aussi par les manuels de diagnostic ; néanmoins, nous trouvons les personnes avec ces pathologies dans les consultations privées et dans les circuits paramédicaux.
- 10 Cet abandon des principes fondateurs de la réforme en santé mentale, a entraîné la mise en place d'un modèle de prise en charge qui reproduit le modèle médical hégémonique (Menéndez, 1978[8]), où la personne malade, par définition, est exclue ; nous pouvons donc dire que le peu de progrès réalisés ont été faits « pour » les malades mentaux, mais « sans » les malades. Malheureusement, un des objectifs a été atteint : « que le malade

mental soit considéré comme n'importe quel malade » (González Duro, 2000 ;251)[9], c'est-à-dire qu'il soit exclu et réduit au silence par le système sanitaire, comme c'est le cas pour les autres personnes malades.

PRÉSENT ET AVENIR

- 11 Dans l'actualité, les soins portés aux malades mentaux graves lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés, sont, d'une part, à la charge des familles (quand elles existent, veulent et / ou peuvent exercer cette tâche). Ces dernières se trouvent débordées du fait qu'elles s'occupent du malade sans reconnaissance, sans soutien et avec des faibles ressources ¹². D'autre part, les soins se résument à une prise en charge ambulatoire précaire, avec peu de moyens pour donner les soins dont les malades mentaux ont besoin. Le développement des dispositifs de soins à partir de la « communauté » a été faible et lent ; en revanche, nous assistons à une récupération progressive des Hôpitaux Psychiatriques comme centres de soins (en séjours moyens). Et ceci, de mon point de vue, n'est pas la conséquence d'un détournement des approches théoriques ou de la réflexion sur les modèles de prise en charge de la santé mentale, mais la conséquence pure et dure d'une approche exclusivement basée sur des aspects économiques.
- 12 La réforme psychiatrique était nécessaire. Elle signifiait, la remise en question par des professionnels impliqués et des gestionnaires de la santé — presque tous formés selon le modèle biomédical —, de leur approche théorique concernant leur formation et d'une prise en charge qui marginalisait — y compris physiquement derrière les murs des asiles d'aliénés — les personnes atteintes de maladies mentales. Mais ce questionnement, par ses conséquences, exigeait aussi une réflexion en termes économiques sur les investissements nécessaires pour créer et maintenir les dispositifs indispensables pour qu'une prise en charge en dehors des murs devienne possible. Parce que la maladie mentale existe, parce que la souffrance existe ¹³ et parce que les troubles et la souffrance qu'ils provoquent se manifestent autant dans la vie personnelle que dans l'aspect relationnel (l'exclusion sociale et la maladie mentale sont deux phénomènes qui interagissent l'un avec l'autre), nous devons envisager de faire des propositions permettant de dépasser le discours — et la réalité — du stigmatisme et de la marginalisation.
- 13 Que l'on adhère ou non à la théorie psychanalytique, on ne peut nier la souffrance que produit la maladie mentale. Pas plus que dans le cas d'une maladie physique, le sujet ne peut être nié et exclu de son processus de prise en charge. D'autant plus qu'une difficulté inhérente à la maladie mentale provient du fait que le sujet qui en souffre a des caractéristiques particulières, d'où découlent les difficultés aussi bien pour la vie en commun que pour la prise en charge. Les personnes atteintes de maladies mentales se voient exclues et sont marginalisées pas seulement parce qu'elles ont fait l'objet d'un diagnostic de schizophrénie ou d'une autre maladie qui implique un stigmatisme social ; la marginalisation ne surgit pas exclusivement de la violation des normes sociales, mais aussi de la manière particulière et peu conventionnelle d'être et d'être avec soi-même et avec les autres qui se matérialise par des interactions difficiles, complexes et variables dans les niveaux micro et macro (avec la famille, dans le travail — quand on en a un — et dans les groupes de relations en général). Il n'est pas facile pour le sujet lui-même, ni pour son entourage, d'être, de vivre et de pouvoir partager un monde identique qui est interprété de façon différente, où la logique, l'autonomie personnelle et la relation aux autres sont conditionnées, bouleversées et parfois altérées par la maladie.

- 14 Peut-être s'agit-il d'un des grands problèmes et des grands défis que posent l'approche et la prise en charge en santé mentale. Comment se rapprocher de l'autre, qui vit dans une réalité similaire et en même temps différente ? Une difficulté importante embarrasse l'observateur : il peut partager et *a priori* partager une culture et des valeurs sociales avec cet autre appelé fou ou malade mental, bien qu'il occupe une position différente qui se traduit par une difficulté intrinsèque dans la relation. À cela viennent s'ajouter la méconnaissance et les tabous sociaux sur la maladie ainsi que la négation de la possible différence dérivée d'une rationalité « différente ». L'ensemble de ses facteurs se matérialise donc en une relation difficile et parfois impossible. Il y a aussi ce que l'on peut appeler l'image en miroir : la vision du fou, du différent et du semblable en même temps, en tant que signal d'alarme sur sa propre vulnérabilité, sa proximité et ses similitudes avec cet autre différent. Ceci renvoie aux limites étroites qui séparent la raison de « l'irrationnel ».
- 15 Les sociétés occidentales, excessivement normatives, peu permissives et peu tolérantes vis-à-vis de la différence, ont marginalisé (dans le sens d'exclure) les personnes atteintes de maladies mentales graves, en les reléguant aux asiles et / ou aux marges de la société. Non moins évidentes sont les difficultés de la vie en commun — au sens large — expérimentées à différents degrés par ces personnes et leur plus faible capacité à faire face aux difficultés de la vie quotidienne, plus encore lorsqu'il s'agit de sociétés — comme la nôtre — massifiées, mercantilistes et hautement compétitives. Si, jusqu'aux années 1970, les « fous » se trouvaient isolés derrière les murs des asiles, nous les retrouvons aujourd'hui dans nos villes, non comme citoyens de plein droit, mais voués à la mendicité et vivant dans les rues ou, pire encore, dans les prisons. Cependant, dans les deux cas ils demeurent toujours dans l'exclusion et la marginalisation sociale.
- 16 Arrivés à ce stade et confrontés à une réforme psychiatrique qui a voulu être mais n'a pas été, à un système de soins en santé mentale encore à développer et qui manque des ressources nécessaires pour mettre en pratique les objectifs théoriques et l'approche des soins qui l'ont inspirée, il convient de se poser la question de l'apport potentiel de l'anthropologie médicale dans ce domaine. Le discours sur le stigmatisme est suffisamment connu, assumé et mis en évidence, mais est-il possible d'aller plus loin, de le dépasser ? Un des outils de l'anthropologie consiste à donner la parole, mettre en valeur le savoir et l'expérience de l'autre, mais comment le faire lorsque cette expérience apparaît « brisée » comme conséquence de la difficulté à « se penser » et à manifester une pensée « autre », non seulement différente mais parfois troublante et embarrassante pour son détenteur et pour ses interlocuteurs ? L'écoute dans ce contexte fait ressortir, entre autres, les limitations d'une vie et d'une expérience qui parfois ne sont plus autonomes et qui nécessitent une prise en charge spécialisée. De la même manière que personne ne met en question l'existence de la maladie physique, même si l'importance des aspects socioculturels qui l'accompagnent sont soulignés, il semble plus problématique de considérer la maladie mentale comme le fruit exclusif de la culture et de la différence. C'est peut-être dans le contexte de la santé mentale que les facteurs socioculturels ont un plus grand poids, mais la souffrance et les limitations que produit ce « jeu de la raison » ne peuvent pas être niées¹⁴. Cependant, la difficulté à interagir et à intervenir, c'est-à-dire à faire avec l'autre, est plus grande quand la pensée, l'autonomie et bien entendu l'interaction se trouvent bouleversées (dans une intensité et / ou durée plus ou moins importantes).

- 17 N'est pas moins évident, dans notre contexte, l'échec d'une réforme qui n'est pas arrivée à être, qui envisageait dans ses objectifs une prise en charge des personnes atteintes de maladies mentales, laquelle s'appuierait essentiellement sur la communauté, grâce au développement de ressources sociales de prise en charge qui ne provoqueraient pas l'exclusion. La conséquence de ces années de chemin a été la « restitution » des malades mentaux à la communauté — dans l'abstrait — et, dans le meilleur des cas, aux familles qui se trouvent débordées. Les dispositifs actuels de prise en charge en santé mentale sont rares ; il est indubitablement plus facile de « faire pour » que de « faire avec », mais ce n'est pas impossible, comme le prouvent les expériences menées dans d'autres pays qui sont peut-être partis de prémisses moins fouillées que celles de la Réforme des années 1970, mais dont les résultats ont été beaucoup plus importants que ceux qui ont été obtenus dans notre pays ¹⁵.
- 18 Je pense que nous nous trouvons face à un défi qui pose plusieurs questions sur lesquelles il faut réfléchir.
- Quelle possibilité d'intervenir sans marginaliser, sans léser le droit à la citoyenneté et à la différence, tout en satisfaisant les besoins de prise en charge ?
 - De quelle manière approcher les aspects psychosociaux, le traitement de la différence et comment mener une réelle approche multidisciplinaire, à mon avis toujours en suspens ?
 - Et comme point essentiel à partir de notre position, qu'est et qu'elle doit / veut / peut apporter l'anthropologie à un réseau de prise en charge à construire ?
- 19 Le manque de ressources est toujours la caractéristique d'un réseau de santé qui marginalise autant le malade mental et le plus grand problème reste le développement d'une prise en charge en santé mentale digne et respectueuse des particularités des personnes atteintes de maladies mentales ¹⁶. Je pense que l'incorporation de ce qui a été élaboré à partir de la psychanalyse concernant l'écoute, la connaissance du savoir de la personne qui souffre et sa mise en valeur dans le contexte d'une prise en charge sociale, peuvent faciliter le chemin vers une planification et un développement des dispositifs nécessaires pour mettre en place une prise en charge en santé mentale digne et respectueuse des particularités propres aux personnes atteintes de maladies mentales.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] GOFFMAN, E. (1980) *Estigma : la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu. (Ed. française : (1963) *Stigma : Les usages sociaux des handicaps*. Paris. Eds. de Minuit).
- [2] SZASZ, T. (1976) *Fabriquer la folie*. Paris. Ed. Payot.
- [3] SZASZ, T. (1976) *Idéologie et folie*. Paris. Presses Universitaires de France.
- [4] GONZÁLEZ DURO, E (1994) *Historia de la Psiquiatría en España*. Madrid. Ed. Historia de la España contemporánea.
- [5] MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (1998) Antropología versus psiquiatría : el síntoma y sus interpretaciones. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, n° 68, pp. 645-659.

- [6] DUBAS, F. (2004) *La médecine et la question du sujet : enjeux éthiques et économiques*. Paris. Les belles lettres.
- [7] KLEINMAN, A. (1988) *The illness narrative : suffering, healing and the human condition*. New York. Basic Books.
- [8] MENÉNDEZ, E. (1978) El modelo médico y la salud de los trabajadores, en BASAGLIA, F. *Saber médico*. México. Nueva Imagen.
- [9] GONZÁLEZ DURO, E. (2000) De la psiquiatría a la Salud Mental. *Rev. Asoc. Española Neuropsiquiatría*. vol. XX, n° 74 pp. 249-260.
- [10] BARRERA, L. PEÑAFIEL, I. (2007) “¿Qué tienes debajo del sombrero ?”. Documental producido por J. MEDEM. Alicia Produce.
- [11] HELLSTENIUS, A., NAESS, P. (2001) “Elling”. Film. Flm OG TV Produksion/ Nordisk Film/ Audiovisulelt Produksion.
- [12] AA.VV. (2005) *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona. Ed. GEDISA.

NOTES

1. Même dans les cas où l'on trouvait des lésions organiques. L'observation clinique acquerrait progressivement une plus grande autonomie, la psychopathologie générale de K. Jaspers y a contribué : ce dernier plaidait en faveur de la recherche phénoménologique du vécu des patients, en renonçant à la corrélation simpliste entre fonction cérébrale et fonction psychique (González Duro, 1994) [4]
2. Il est d'usage d'établir une différence entre symptomatologie positive et négative. La catégorie « positive » fait référence principalement aux délires, aux idées délirantes et au comportement désorganisé (qui s'atténuent habituellement avec la médication). La catégorie « négative » (apathie, ahédonie, engourdissement affectif, ...) désigne les symptômes qui ne s'atténuent pas et qui représentent l'une de plus grandes difficultés relationnelles et de vie pour les personnes malades et pour ceux qui partagent leur vie.
3. Dubas (2004 [6]) qualifie les classifications internationales des troubles mentaux comme descriptives et donc athéoriques.
4. Où le sujet est nié, sans tenir compte de la signification personnelle et sociale de la symptomatologie ; le symptôme, quand il est analysé en dehors du contexte qui lui donne sa signification ou quand il est évalué par un clinicien manquant de sensibilité ou de formation en psychopathologie, peut aboutir à des étiquettes diagnostiques qui ne sont pas d'une grande utilité.
5. Si elle est formulée par le sujet lui-même, par sa famille, dans quelles circonstances et pourquoi.
6. J'entends par là qu'elles vont dans la même ligne que les narrations dans l'anthropologie, dans le sens des *illness narratives* (Kleinman, 1988)[7].
7. De la famille ou de la personne elle-même; il faut rappeler que dans le contexte de la maladie mentale la demande de prise en charge est souvent formulée — pour différentes raisons — par la famille.
8. Parce que nous ne pouvons pas oublier que, dans certaines situations, la rationalité se trouve fortement altérée par la maladie et sa symptomatologie.
9. L'implication des entreprises pharmaceutiques dans la recherche biomédicale est bien connue et leur participation dans le financement de la formation des médecins généralistes à l'utilisation des médicaments est à souligner.

10. Psychiatre et psychanalyste né à Bilbao (1911-1993), il a exercé son travail de psychiatre à Lausanne (Suisse) et à Paris (France). Sa formation psychodynamique apparaît clairement dans sa façon de poser les fondements qui ont servi comme base à la mise en place de la Réforme Psychiatrique en Euskadi avec la création des premiers Centres de Santé Mentale (prise en charge ambulatoire, principalement dirigés à l'attention de personnes adultes).

11. Et dans le meilleur des cas, quand ils ont des connaissances plus approfondies en psychopathologie, soit par leur formation, soit par leur expérience, ils acheminent leurs patients vers le secteur privé, lorsqu'ils en ont la possibilité financière.

12. Il existe au Pays basque une longue tradition associative ; depuis les années 1960, des associations de familles des personnes souffrant de différents problèmes de santé mentale se sont développées. Avec le soutien (pas toujours continu) de certaines institutions (publiques et / ou privées comme les Caisses d'Épargne), elles ont mis en place des réseaux de prise en charge orientés vers l'intégration socioprofessionnelle des malades.

13. Comme le montre le taux plus élevé de suicides, d'automutilations et / ou tentatives de suicide ainsi que les situations de marginalisation (SDF) des personnes diagnostiquées comme atteintes d'une maladie mentale grave.

14. Lors d'un débat télévisé (ETB 2, chaîne autonome du Pays basque) sur le thème « est-il possible ou non de cohabiter avec ceux qui souffrent des maladies mentales ? », Leopoldo María Panero (poète, malade mental et leader du mouvement de la réforme psychiatrique en Espagne) manifestait qu'il avait fait l'éloge de la folie, mais qu'il considérait que « *ni la locura es santa ni el sufrimiento lo es* » (ni la folie est sainte ni la souffrance l'est [sic])

15. Comme le prouvent deux documents audiovisuels sur des expériences thérapeutiques menées au Canada [10] et en Norvège [11].

16. Pendant ces dernières années quelques expériences intéressantes ont été menées, mais qui n'ont malheureusement pas pu être consolidées, avec les effets défavorables que cela comporte, surtout pour les personnes qui ont bénéficié de leurs services et de leur couverture. Je considère que l'expérience menée par Radio Nikosia [12] représente un bon exemple de ce qu'il est possible de faire: il s'agit d'une transposition de l'expérience menée en Argentine dans un Hôpital psychiatrique où les malades mentaux dynamisent, et planifient une émission radiophonique (du nom de « La Colifata » en Argentine). Radio Nikosia est principalement animée par des personnes atteintes de maladies mentales n'étant pas hospitalisées et habitant Barcelone ou sa banlieue. Il s'agit d'une expérience qui fonctionne comme un groupe d'entraide. Pour avoir plus d'information, voir <http://radionikosia.org/>. Nous leur souhaitons un bel avenir.

AUTEURS

MARIA JOSÉ VALDERRAMA

Dép. Enfermería, II. UPV/EHU (Université du Pays basque)